Aus der Frauenklinik der Universität Breslau
(Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küstner)

Ein Fall von Uterus duplex separatus cum Vagina duplici, Septum rectovesicale persistens, stielgedrehtem Kystoma Ovarii dextri.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Walther Vogt
approbierter Arzt in Oels i. Schl.

Oels 1923
A. Ludwigs Buchdruckerei Rothe, Politt & Co.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Im Oktober 1921 gelangte folgender Fall in der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau zur Aufnahme:

Vorgeschichte: 19jähriges Mädchen erkrankte am 27. September 1921 mit heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite, Erbrechen, Temp. 38. Bei Einlieferung in ein Kreiskrankenhaus an demselben Tage wurde vom Arzt ein grosser Tumor im Leib festgestellt, der sich in einigen Tagen nach Angabe des Mädchens ganz rasch entwickelt haben soll. Beginn der Menstruation mit 16 Jahren, Menses stets regelmässig. Letzte Periode am 24. September 1921. Keine Geburten, keine Aborte. Da Winde und Stuhl seit 27. September 1921 fehlten, die Schmerzen im Leibe stetig zunahmen, erfolgte am 1. Oktober 1921 Einlieferung in die Universitäts-Frauenklinik Breslau.

Befund: Kräftig gebautes Mädchen mit gut durchbluteten Schleimhäuten. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Temp. 37,2. Becken normal, keine Striae. Im Abdomen rechts besteht eine Vorwölbung und sehr erhebliche Schmerzhaftigkeit, wodurch eine Palpation erschwert ist. Grosse, kleine Schamlippen, Klitoris gut entwickelt. Die Scheide ist durch ein sagittal verlaufendes Septum in zwei etwa gleichgrosse Räume geteilt. In jeder der beiden Scheiden, an deren Eingängen sich ein gut entwickelter Hymen befindet, ist eine gut ausgebildete zapfenförmige Portio mit grübchenförmigem Muttermund zu fühlen. Die ausserordentlich grosse, von der rechten Bauchseite ausgehende Druckschmerzhaftigkeit, straffe Spannung und kugelige Gestalt des kindskopfgrossen, bis etwa zum Nabel reichenden Tumors liess auf einen stielgedrehten Ovarialtumor mit Wahrscheinlichkeit schliessen, besonders da lebhafte peritonitische Erscheinungen plötzlich aufgetreten waren und sich im Laufe der letzten zwei Tage verschlimmert hatten. Es wurde daher sofortige Operation angeordnet.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle bestätigte sich die gestellte Diagnose, stielgedrehter Ovarialtumor. Die sich darbietenden topographischen Verhältnisse sind folgende:

Im grossen z. T. auch noch im kleinen Becken liegt rechts ein cystischer, kindskopfgrosser, schwer beweglicher Tumor, der mit dem Uterus durch einen Strang in Verbindung steht und dessen Oberfläche blau-rot verfärbt erscheint. Der Tumor, der vom rechten Ovarium ausgeht, ist um zweimal 180 Grad gedreht und zwar nach der Regel. Auf ihm liegt die zweifingerdick geschwollene, schwarz verfärbte rechte Tube. Entsprechend den beiden Vaginen sind zwei Uteri vorhanden. Beide corpora Uteri haben eine Länge von etwa 5 cm, der rechte erscheint etwas grösser als der linke. Zwischen beiden corpora Uteri hindurch zieht von der Mittellinie der Blase nach dem Rectum ein bis an den Boden des Douglas reichendes, derbes, festes, lückenloses Ligamentum rectovesicale persistens. Ligamenta rotunda nicht gespannt oder verkürzt. Der Douglas ist durch das Ligamentum rectovesicale in zwei Hälften von normaler Tiefe geteilt. Rechter spermatischer Strang ist durch die Torsion des Tumors abgerissen, ohne jedoch zu bluten. Die linken Adnexe, Ovarium und Tube, sind gut ausgebildet, das Ovarium von normaler Grösse. Rechts im vorderen Douglas lokale Peritonitis in Form von Belegen und erheblicher Rötung. Appendix geschwollen, kleinfingerdick, stark injiziert, Serosa belegt.

Die Abtragung des Tumors erfolgt in der üblichen Weise durch mehrfache Ligaturen. Die Appendix wird, da sie fibrinöse Belege zeigt, exstirpiert. Durch Ventrofixation des rechten Corpus Uteri mit Catgut wird der vordere Douglassche Raum gegen die Bauchhöhle abgeschlossen.

Am 12. Oktober 1921 wird die Patientin geheilt entlassen.

Die beschriebene Genitalmissbildung, Uterus duplex separatus cum Vagina dupice, führt den Namen Uterus didelphys verus, der normal ist bei den Monotremen (Schnabeltier) und Opossum didelphys.

Dieselbe Bezeichnung auch für Uterus duplex bicornis cum Vagina duplici anzuwenden, ist unzulässig, da dies nur zu Missverständnissen führt.

Die Doppelmissbildung entsteht durch Nichtverschmelzung der Müllerschen Gänge. Eine einheitliche Ursache zur Erklärung der Nichtvereinigung ist noch nicht gefunden. Man lässt verschiedene Möglichkeiten von Fall zu Fall gelten. Als ätiologisches Moment für diese Missbildung nimmt man im allgemeinen an: Vorhandensein des Ligamentum rectovesicale, Anomalien der Bänder, primärer Mesenchymdefekt der Müllerschen Gänge, verbreitertes Becken.

F. Lichtenstein hat in neuerer Zeit durch Beckenmessungen bei Doppelmissbildung des weiblichen Genitale unter 7 Becken

fünf mit ausgesprochener Verbreiterung gefunden und schliesst hieraus, dass ein primär zu breit angelegtes Becken die Ursache der Nichtverschmelzung der Müllerschen Gänge sein kann.

Sei das Becken zu breit angelegt, so hindere die lateralwärts gerichtete Zugrichtung der Ligamenta rotunda die beiden Müllerschen Fäden nach medianwärts hin zu streben und sich in der Mittellinie zu vereinigen.

Er beschreibt einen (Zentralblatt 1921 Nr. 27) dem vorliegenden analogen Fall, bei dem anlässlich einer Laparatomie bei Ovarialtumor die Doppelmissbildung einwandfrei festgestellt wurde. In diesem Falle lag eine Verbreiterung des Beckens vor.

Zur Klärung der Frage der Entstehungsursache der Entwicklungsstörung kann der vorliegende Fall Anhaltspunkte nicht liefern, da die meisten Autoren der Ansicht, dass das Ligamentum rectovesicale eine ätiologische Rolle spiele, nicht beipflichten.

Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Uterusmissbildung und Entwicklungsstörungen anderer Organe muss man eine allgemeine Entwicklungshemmung annehmen.

Trägerinnen von Uterus didelphys haben oft keine Beschwerden, die sekundären Geschlechtsmerkmale, die Genitalfunktionen können normal sein.

Hiernach kann man annehmen, dass viele Fälle dieser Missbildung verborgen bleiben, falls sie nicht zufällig, wie in dem vorliegenden Fall, durch Eröffnung der Bauchhöhle anlässlich einer Operation oder bei einem Partus entdeckt werden, so dass das Vorkommen von Fällen von Uterus didelphys mit Wahrscheinlichkeit ein häufigeres ist, als bisher festgestellt wurde.

Die Notwendigkeit zur Vornahme der Laparatomie bildete im vorliegenden Fall ein stielgedrehter Ovarialtumor, der als solcher nicht mit der Missbildung in Zusammenhang gebracht werden kann.

Die Ursache der Stieldrehung des Tumors um 360 Grad nach der Regel scheint jedoch in den von der Norm abweichenden topographischen Verhältnissen der Genitalorgane zu suchen zu sein, die ihn bei weiterem Wachstum, da ihm wegen des Ligamentum rectovesicale nur ein halber Douglas zur Verfügung stand, zum Verlassen des kleinen Beckens und zur Stieltorsion zwangen.